

シンポジウム2

総合管理2「医療安全への取り組み（各施設での事例やインシデントが起こらない工夫）」

ほんとにあった受付のはなし

～2022 病理編～

◎鹿島 星林¹⁾

独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター¹⁾

凍り付くほど恐ろしい体験は、突然あなたを襲います。「受付なんて間違えるはずない！気を付ける所は他にいくらでもある！」就職した時の私の考えである。最近<バイアス>なる言葉をよく耳にするので Wikipedia で調べてみると、“思考や判断に特定の偏りをもたらず思い込み”だそう。 “自分だけは大丈夫”と思う認知バイアスを正常性バイアスと言い、誰しも少なからず心当たりがあるのではないだろうか。

病理組織標本作製は、検体受付、固定、切り出し、脱灰、脱脂、包埋、薄切、染色からなる。これらは手作業での工程が多く、どの工程においても、検体紛失や取り違い、コンタミネーションなどが生じやすい。細胞診も同様で、適切な検体処理によって正確な診断に繋がる。実際の現場では検体採取から始まり、病理検査室への搬送も加わりさらにリスクは増える。どの部署でも、それぞれの工程において確認作業は神経を研ぎ澄ませて行っていると思われるが、人が行う以上完全は有り得ない。病理検査室においては、ブロック、スライドのバーコードによる管理、複数人での切り出しやその作業の録画を行っている施設も増えてきているが、検体の受け渡しは人の目による確認が避けられない。また休日・夜間の当番業務がある施設では、病理検査担当以外の部門の技師が検体受領を行うことも珍しくない。忙しい当番業務の合間の病理細胞診検体の確認作業はとても煩わしく、精神的苦痛を強いられていることは想像に難くない。しかし、検体の確認・受付作業は病理組織標本作製の第一歩であり、その後のインシデント防止の第一関門である。「何を今さら受付の話なんか」「つまらなそうだな、他のセクション見よう」と思ったそこのあなた、正常性バイアス働いてますよ。

当日は、長らく病理検査に従事している方には退屈な内容になるかもしれないが、医療安全確保の観点から、実際にあった事例や、新人・他部門の方にも、検体受領時に知っておいてほしい内容を中心に熱いディスカッションを行いたい。

微生物検査におけるインシデント・アクシデント対策

◎大城 健哉¹⁾

那覇市立病院¹⁾

微生物検査は感染症の診断および治療や院内感染対策に必要不可欠であり、迅速かつ正確な結果報告が求められている。微生物検査のインシデント・アクシデントは、検出菌情報の過誤につながる可能性があり、感染症診療への影響以外にも、耐性菌検出では院内感染対策の過不足、結核菌群検出では患者の専門施設への転院決定の過不足、腸管病原菌検出は食品従事者の就業制限や飲食店への行政指導の過不足など、患者のみならず、病院経営や社会へ及ぼす影響は大きい。

微生物検査におけるインシデント・アクシデントは検査前、検査中、検査後に分類される。検査前では患者取り違い（患者確認の不備）や検体輸送時の過誤（輸送容器の破損や密閉不足）、検体保存の過誤（室温放置、冷蔵不可材料の冷蔵保存、凍結、乾燥）、検体受付遅れ（血液培養、髄液培養）などが考えられる。検査中では検体取り違いや検体曝露、業務中感染、塗布後培地の取り違い、コンタミネーション、釣菌漏れ、誤同定、薬剤感受性検査結果の誤判定、ワークシートへの転記ミス、結果入力ミス、パニック値報告の遅れ（血液培養陽性や髄液塗抹陽性など）が考えられる。検査後では報告遅れや誤報告、行政検査用の菌株破棄などが考えられる。

検査中や検査後のインシデント・アクシデントはおもに微生物検査室を有する施設の微生物検査担当者が関与するものであり、各施設において積極的に対策が実施されていると考えられる。一方、検査前のインシデント・アクシデントは微生物検査室の有無や勤務時間内・時間外にかかわらず、微生物検査を担当しないスタッフも関与するものであり、その対策は施設によって異なると考えられる。

今回、総合管理部門のシンポジウムとして、おもに検査前の微生物検査のインシデント・アクシデントに着目し、その傾向と対策について述べる。また、会場の皆様からも追加意見・提案をいただき、施設の規模や微生物検査室の有無にかかわらず、より良い対策の実行につながればと思う。

生理検査における患者誤認等に関する取り組み

◎宮崎 明信¹⁾

独立行政法人国立病院機構 九州医療センター¹⁾

臨床検査技師は検査を安全に行い、有益な検査結果を依頼医師に返すことが業務の根幹である。生理検査は、患者という多種多様な対象が関与するため、検査前から検査終了、結果報告までのプロセスに様々なインシデントが起こる可能性がある。生理検査における医療安全に関する項目として「患者誤認、データ誤送信」、「転倒転落」、「患者の急変」、「患者とのトラブル、クレーム」等が挙げられる。今回は「患者誤認、データ誤送信」を自施設の取り組みを①手入力を減らす②ミスに気づけるポイントを複数準備③最終的には人による確認、以上3点を概説する。

①ではバーコードリーダーを活用する。また MWM (Modality Worklist Management) や DICOM SR (Digital Imaging and Communications in Medicine Structured Report) を活用する。MWM は検査装置にオーダーリング情報や患者属性情報を取得するなどの操作管理のことである。DICOM SR は例を挙げると経胸壁心エコー図検査にて超音波診断装置で計測した値をレポートシステムへ反映することができる。これらのことは大幅な手入力を削減でき、ミスを減らすだけでなく、結果報告までの時間の短縮につながる。

②検査への案内の際は、当日割り振られる受付番号にて呼び出し、預かっている基本伝票と患者が身につけている受付番号を照合する。患者確認の際は氏名、生年月日を名乗ってもらい、MVM にて患者情報を取得した検査装置と照合する。この一連の流れで異なる因子で2回確認作業を行うことができる。更に検査装置で照合を行うため、検査装置側での患者情報設定忘れを防ぐことができる。

③これらの策を講じてもやはりミスは起こりうる。それはいくつかのチェックポイントで要員が確認を怠ることが原因である。流れ作業ではなく、真の確認を行うことが重要である。

施設によって規模も違い、必要なシステムも様々です。既にシステム等を導入されている施設はより良い方法を考えるきっかけとなればと思います。そうでない施設もいつ導入のチャンスがあるかわかりません。そのチャンスにこういった知識がなければ、自施設に提案することも難しいと思います。頭の片隅に少しでも残していただければ幸いです。

シンポジウム2

総合管理2 「医療安全への取り組み（各施設での事例やインシデントが起こらない工夫）」

「なぜ減らない！ヒューマンエラー！」 “減らす方法はあるのか？”

◎井手 洋昭¹⁾

社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院 安全・感染・QI本部¹⁾

病院内では日々、多種多様なインシデントが発生しており、要因も様々である。それぞれのインシデントに対して事例分析を行い、原因を究明し、再発防止策を講じるが、同様のインシデントが再発してしまうこともあり、その場合は「講じられた再発防止策が適切なものではなかった可能性」や「再発防止策が実施されていなかった場合」もあり、安全管理活動への虚無感を感じることも少なくない。

To err is human：人間は間違える生き物であるため、ヒューマンエラーを“ゼロ”にすることは非常に困難だが、医療現場での安全管理姿勢としては、エラーによる患者への実害を如何に最小にするかということが重要と考えている。

2021年度の当院のできごと報告数は2048件、その中で患者間違い事例98件、確認を怠った事による発生事例が1034件であった。これらはいずれも基本的な『確認』が適切に行えていなかった、すなわち、ノンテクニカルスキルを十分に発揮出来ていなかったことが要因と考えられた。原因究明、再発防止の議論において、「『安全管理システム』の導入で・・・。」という意見が時折みられるが、どんなに高額で精巧で緻密なシステムを導入しても、人が関わる限りヒューマンエラーは発生し得る。安全管理システムにおいては人間自体がシステムの一部に組み込まれている。ノンテクニカルスキルを用いることでヒューマンエラーは減少可能となる事に対する啓発がまだ不十分で有り、不可欠なものと考えている。

また、これまで要因分析のうえで立案した再発防止策が適切に機能しているか否か、部署に合っているか否かに関して、その後の経過観察が出来ていなかったため、月一回、安全部門回診を行う事で現場の意見を聴取し、再発防止策に対する評価と防止策による業務負担の有無に関して確認する様にしている。

上記の取り組みは、まだ始めた段階であり、その効果は未確認であるが、病院全体の現状確認を行いつつ、まず第一歩踏み出して見る事が重要と考えている。